

Institut für Pathologie

Mühlemattstrasse 11
4410 Liestal



SMTS 0034

Name

Vorname

Geb. Datum

Adresse

männlich

weiblich

divers

SV-Nummer

Garant

ambulant

stationär 1./2. Kl.

stationär 3. Kl.

Operationspräparate der Mamma

Kopie an:

Datum der Entnahme:

Einsendender Arzt (Stempel/Unterschrift):

Einsendungen / Externe Vorbefunde:

Tel./intern:

Klinische Angaben:

(leer lassen)

Dauer der Erkrankung:

Fragestellung:

Art des Materials:

1

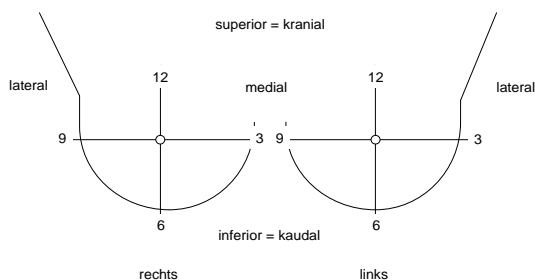
2

3

4

5

Situationsbezeichnung:



Fadenmarkierung:

Mamillenwärts = 2 kurze Fäden

Anterior = 2 lange Fäden

bei 12 Uhr /superior = 1 langer Faden

Faszie dorsal mit erfasst?

ja

nein